



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

PSYCHOSOMATICS AND LIAISON PSYCHIATRY SECTION

I. Gómez-Reino Rodríguez¹, I. Tolosa², G. Mestre Bach³

¹Psiquiatra, C.H.U. Ourense. Editor Asociado. ²Psicóloga HUD. Consejo de redacción.

³Psicóloga HUD. Universidad Internacional de la Rioja. Consejo de redacción.

RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Iris Tolosa



RESILIENCIA Y VIH

INTERVENCIÓN EN RESILIENCIA PARA MUJERES MAYORES CON VIH

Christina Psaros, Amelia M Stanton,
Georgia R Goodman, Abigail Blyler,
Mark Vangel, Allison K Labbe, Gregory K
Robbins & Elyse R Park

Journal of Health Psychology 2024

Palabras clave: VIH, resiliency

Antecedentes: El envejecimiento con VIH puede conllevar desafíos psicosociales y de salud para las mujeres. Sin embargo, son casi inexistentes las intervenciones de resiliencia específicamente diseñadas para mujeres mayores con VIH. Este estudio se propuso evaluar una intervención de resiliencia adaptada para mujeres mayores con VIH.

Métodos: Se incluyeron mujeres mayores de 50 años con VIH, quienes fueron aleatorizadas a participar en 10 sesiones grupales de una intervención de resiliencia adaptada o en sesiones de psicoterapia de apoyo de igual duración. Se realizaron evaluaciones en tres momentos distintos.

Se definieron a priori métricas de viabilidad y aceptabilidad, y se evaluaron las diferencias en resiliencia, afrontamiento del estrés, ansiedad y depresión a lo largo del tiempo.



Resultados: En total, se inscribieron 44 mujeres mayores con VIH con una edad promedio de 58 años, de las cuales el 56.4% se identificaron como negras/afroamericanas. Entre aquellas que asistieron a alguna sesión, se cumplieron todas las métricas de viabilidad, y la intervención fue considerada aceptable. La interacción entre el grupo de estudio y el tiempo se asoció con disminuciones significativas en la depresión y una tendencia hacia una disminución significativa en la ansiedad. No se observaron cambios en la resiliencia o en el afrontamiento del estrés. Ajustar la modalidad de entrega podría reducir aún más las barreras para la asistencia, mejorando la viabilidad y los resultados clínicos.

Conclusiones: Este estudio piloto demuestra que una intervención de resiliencia adaptada es viable y aceptable para mujeres mayores con VIH, con efectos positivos en la reducción de la depresión y la ansiedad. Se sugiere que futuras investigaciones consideren modificaciones en la modalidad de entrega para mejorar la asistencia y los resultados clínicos.

Bibliografía: Christina Psaros, Amelia M Stanton, Georgia R Goodman, Abigail Blyler, Mark Vangel, Allison K Labbe, Gregory K Robbins & Elyse R Park (2024). **A resiliency intervention adapted for older women with HIV: Results from a pilot randomized controlled trial in the northeastern US**

Journal of Health Psychology
10.1177/13591053241253050

Gemma Mestre Bach



TABAQUISMO Y DEPRESIÓN

DEPRESIÓN Y TABAQUISMO: EFECTO SOBRE LA MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ansa Talvikki Rantanen, Hannu Kautiainen, Mikael Oskari Ekblad, Päivi Elina Korhonen.

Journal of Psychosomatic Research. 2024

Palabras Clave: *depression, smoking, mortality.*

Antecedentes: Los síntomas depresivos han sido sugeridos como un factor que aumenta el riesgo de mortalidad, aunque la causalidad no está completamente comprobada. Además, estos síntomas incrementan la probabilidad de fumar, lo cual podría modificar el efecto de los síntomas depresivos sobre la mortalidad. Este estudio tiene, por lo tanto, como objetivo evaluar si la asociación entre los síntomas depresivos y la mortalidad por todas las causas está afectada por el tabaquismo.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en un entorno de atención primaria en Finlandia, con 2557 personas de mediana edad en riesgo de enfermedad cardiovascular identificadas en una encuesta poblacional. Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando el Inventario de Depresión de Beck y el tabaquismo actual se determinó por auto-reporte. Los datos sobre la mortalidad se obtuvieron de las estadísticas oficiales. Se estimó el efecto de los síntomas depresivos y el tabaquismo sobre la mortalidad por todas las causas después de un seguimiento de 14 años.

Resultados: En comparación con los no fumadores sin depresión, la razón de riesgo ajustada para la mortalidad por todas las causas fue de 3.10 (IC 95% 2.02 a 4.73) y de 1.60 (IC 95% 1.15 a 2.22) entre los fumadores con y sin síntomas depresivos, respectivamente. Comparado con la población general, la supervivencia relativa fue mayor entre los no fumadores sin depresión y menor entre los fumadores con síntomas depresivos.

Conclusiones: El tabaquismo y los síntomas depresivos parecen contribuir aditivamente al exceso de mortalidad. Los fumadores con síntomas depresivos presentaron un riesgo de mortalidad por todas las causas de 3 a 4 veces mayor en comparación con los no fumadores, incluso si eran depresivos. Su supervivencia relativa fue más baja y la tasa de mortalidad estandarizada más alta que la de la población general, mientras que la supervivencia relativa y la tasa de mortalidad estandarizada de los no fumadores depresivos y los fumadores no depresivos eran comparables a la población general.

Bibliografía: Ansa Talvikki Rantanen, Hannu Kautiainen, Mikael Oskari Ekblad, Päivi Elina Korhonen (2024). "Depressive symptoms and smoking: Effect on mortality in a primary care cohort." *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111690>



Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

MEDICINA AMBIENTAL-DOLOR



EFFECTOS DEL RUIDO AMBIENTAL POSTOPERATORIO EN EL DOLOR INDUCIDO POR CIRUGÍA: EVIDENCIA BASADA EN UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO.

EFFECTS OF POSTOPERATIVE ENVIRONMENTAL NOISE ON SURGERY INDUCED PAIN: EVIDENCE BASED ON A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY.

Wenjun Ou, Chengkun Tao, Yang Zhang, Min Gan, Yan Xie, Yingcai Wu, Xuemei Zheng, Bin Shu, Guangyou Duan, Fang Xu

General Hospital Psychiatry (2024),

Contexto: Muchos pacientes que se recuperan de una cirugía en planta son perturbados por el ruido ambiental. Sin embargo, los efectos del ruido ambiental sobre el dolor postoperatorio no están claros.

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre el ruido postoperatorio y el dolor.

Métodos: El estudio prospectivo incluyó a 182 mujeres que se sometieron a cesárea. El ruido postoperatorio fue grabado continuamente, y la intensidad del dolor en reposo fue evaluada utilizando una escala numérica de valoración (NRS) para 0–6, 6–12, 12–18 y 18–24 horas después de que las pacientes regresaran a planta. Las puntuaciones acumulativas de dolor se calcularon sumando las puntuaciones NRS en cada punto de tiempo y comprendieron el resultado primario (Para obtener un resultado comprensivo, sumaron las puntuaciones de la NRS obtenidas en cada intervalo de tiempo. Esta suma de puntuaciones se consideró como el resultado primario del estudio, es decir, la medida principal del dolor postoperatorio.). El puntaje máximo de dolor NRS y el consumo de analgésicos durante las 24 horas siguientes a la cirugía también se registraron.

Resultados: La intensidad media del ruido ambiental durante el día fue un factor independiente para las puntuaciones acumulativas de dolor, las puntuaciones máximas de dolor y uso de analgésicos durante las primeras 24 horas postoperatorias (β , 0.37; IC del 95%, 0.21–0.53 y β , 0.12; IC del 95%, 0.07–0.17; $P < 0.001$ para ambos; β , 0.86; IC del 95%, 0.25–1.46; $P = 0.006$).

Las puntuaciones acumulativas y máximas de dolor NRS, así como la incidencia de $NRS \geq 4$, fueron significativamente más altas en pacientes bajo un ruido ambiental medio diurno de ≥ 58 , que < 58 decibelios (dB) (8.0 [6.0–11.3] vs. 6.0 [5.0–7.0]; 3.0 [2.0–4.0] vs. 2.0 [2.0–2.0], y 25.6% vs. 11.0%; RR, 2.32; IC del 95%, 1.19–4.54, respectivamente; $P < 0.001$ para todos).

Conclusiones: La exposición a ruidos postoperatorios de mayor nivel estuvo asociada con un dolor postoperatorio más severo y un aumento en las necesidades de analgésicos, así como una mayor incidencia de dolor moderado a severo en pacientes que se recuperan de un parto por cesárea. Nuestros hallazgos indican que reducir el ruido ambiental en la sala podría beneficiar el manejo del dolor postoperatorio.

Comentario: Una de las primeras enseñanzas sobre la relación del ruido y la salud, son las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre los niveles de ruido, que no deben superar los 40–45 dB durante el día y los 35 dB por la noche, para promover un ambiente de curación óptimo. También merecen destacarse los trabajos previos de los autores, donde ya correlacionan los niveles de ruido intraoperatorio con un mayor dolor postoperatorio, en pacientes sometidos a cirugía abdominal, y como el aislamiento del ruido intraoperatorio alivia el dolor postoperatorio y reduce el consumo de analgésicos opioides. Parece que el punto de corte en el nivel de ruido y sus repercusiones sobre la analgesia lo marcan en 58dB, por encima del cual aumentan significativamente el dolor y la necesidad de analgésicos. Además, se observó que los pacientes en habitaciones múltiples experimentan más ruido y, por lo tanto, más dolor que aquellos en habitaciones individuales.

Entre las limitaciones del estudio no se evaluó el dolor dinámico debido a la movilidad limitada de los pacientes y que solo se incluyeron mujeres, lo que podría afectar la representatividad de los resultados. Además, la asignación de grupos se basó en un análisis de ROC con baja especificidad, y se reconoce que pueden existir otros factores no medidos que influyan en el dolor, como el tipo de habitación en la que se aloja el paciente.



Recordar también cómo el ruido y el estrés pueden complicar la recuperación de pacientes con delirium (cuadros confusionales) y como las habitaciones individuales podrían ser beneficiosas para estos casos. La construcción de un Hospital de 300 camas con habitaciones individuales, controles de enfermería descentralizados y otros elementos recomendados por los defensores del diseño basado en la evidencia, calculan aumenta un 5% el coste del hospital. Pero con la disminución demostrada de caídas, infecciones y traslados se podrían recuperar el primer año de funcionamiento.

INFORMACIÓN ADICIONAL

<https://www.healthdesign.org/>

El enlace es de una empresa de diseño de diferentes estructuras hospitalarias. Aunque no somos ingenieros ni arquitectos bucear por la web nos da una visión distinta de algo que influye en el día a día de nuestros pacientes y al que habitualmente no prestamos mucha atención. Interesante revisar el diseño de las habitaciones para pacientes médicos con alteraciones conductuales, lo cual no deja de ser una consideración importante por parte del diseño de un hospital y que no se tiene en cuenta habitualmente, como muy bien sabemos los equipos de interconsulta y enlace.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ou W, Tao C, Zhang Y, Gan M, Xie Y, Wu Y, Zheng X, Shu B, Duan G, Xu F. Effects of postoperative environmental noise on surgery induced pain: Evidence based on a prospective observational study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2024; 88:61-67. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2024.03.002.
2. McCarthy M. Stress and noise in cramped hospitals can make recovery slow for bed-bound patients. *Lancet*. 2004; 364:403-5.00



NEUROPSIQUIATRÍA- SESGOS COGNITIVOS- RACISMO EN MEDICINA

SESIÓN DE CASO CLÍNICO DE CONSULTA-ENLACE: SUPERAR EL SESGO EN EL DIAGNÓSTICO

DIFERENCIAL DE LA PSICOSIS

OVERCOMING BIAS IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PSYCHOSIS

Franklin JB, Leewiwatanakul B, Taylor AD, Baller EB, Zwiebel SJ
Consultation-Liaison Case Conference:

Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry 2024.

Palabras clave: SARS-CoV-2, COVID-19, encefalitis, brief psychotic disorder with marked stressors, catatonia, implicit bias, racism.

Resumen: Presentamos el caso de un hombre de 34 años, sin antecedentes psiquiátricos significativos, que desarrolló catatonia y síntomas psicóticos tras una infección por el SARS-CoV-2. El diagnóstico de encefalitis por la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) se retrasó debido a la atribución prematura de sus síntomas a una etiología psiquiátrica primaria. Destacados expertos en el campo de la psiquiatría de enlace ofrecen orientación para este tipo de casos clínicos, basándose en su experiencia y la revisión de la literatura existente. Los temas clave de enseñanza incluyen el diagnóstico y manejo de la encefalitis por COVID-19, así como el reconocimiento y abordaje del sesgo cognitivo y el prejuicio racial. Específicamente, este caso subraya la importancia del psiquiatra de interconsulta-enlace en la identificación de condiciones médicas que pueden presentarse con síntomas psiquiátricos y en la defensa de pacientes en situaciones de marginalidad.

Caso Clínico: Un estudiante de maestría negro de 34 años sin antecedentes de interés y consumo ocasional de cannabis, acudió a urgencias con su pareja tras cuatro días de alucinaciones auditivas y comportamientos extraños. Aproximadamente dos semanas antes, había acudido a otro



servicio de urgencias por un cambio agudo en el comportamiento, tartamudeo y tinnitus. Tres días antes dio positivo a la infección por el SARS-CoV-2.

En ese momento, ingresó en el hospital donde tuvo un episodio de temblores anormales. Se consultó a Neurología por presunta convulsión, y se realizó una resonancia magnética y un electroencefalograma, ambos sin alteraciones. Se comenzó con levetiracetam 500 mg dos veces al día, procediendo al alta con seguimiento ambulatorio por neurología. Presentó una relativa buena evolución durante seis días, a pesar de un cumplimiento irregular del levetiracetam. Posteriormente comenzó a comportarse de manera inusual, a llorar intermitentemente, y experimentar alucinaciones auditivas. Estos síntomas empeoraron durante los cuatro días previos a la atención en el servicio de urgencias. En este punto el artículo explica en una tabla la evolución de los siguientes días en el hospital y este es uno de los primeros datos de interés del artículo, **al presentarnos en una tabla muy visual**, el examen del paciente, la medicación pautada por el equipo médico, el plan programado y la intervención de psiquiatría de enlace.

El día que acudió al hospital (día 0), había acudido previamente al cabo de año, por el fallecimiento de su padre, que se había producido por complicaciones de la COVID-19.

Su compañero describió haberlo encontrado fuera del cabo de año, comportándose de manera extraña y luego hablando incoherentemente durante la cena. En urgencias, tenía un discurso desorganizado, incluyendo referirse a sí mismo en tercera persona, verbigeración **intermitente** (Consiste en la repetición continuada de las mismas palabras o frase; por ejemplo, "Necesito irme, necesito irme"), y **mirada fija** (lo que significa poca o ninguna exploración visual del entorno y parpadeo reducido). Se interconsultó a psiquiatría por, lo bizarro de la entrevista y la sospecha de una posible psicosis que podría necesitar ingreso involuntario.

En la evaluación psiquiátrica inicial, **presentaba un temblor rítmico de gran amplitud en sus extremidades y cabeza**, ([aquí tenéis un enlace para la exploración del temblor](#)) un reflejo de prensión positivo y perseverancia en la prueba de Luria. Los signos vitales incluyeron temperatura de 98.3 F, Tensión arterial 163/110 mmHg, frecuencia cardíaca 108 lpm, respiratoria de 18 y saturación de oxígeno 100%. Inicialmente se tranquilizaba al hablarle y se calmaba, pero más tarde se agitó con inquietud motora más intensa, gritos y chillidos. Debido a su grave agitación y la psicosis, se le dio haloperidol intravenoso 5 mg y Lorazepam 2 mg por el

equipo del servicio de urgencias. Después, pudo responder las preguntas asintiendo con su cabeza y seguir **órdenes de un solo paso**. (Los "one step commands" son instrucciones simples que contienen un verbo específico y un objeto, por ejemplo "Tócate la nariz"). Después de recibir estos medicamentos, la puntuación inicial de [la escala de catatonía de Bush-Francis](#) (enlace a video explicativo) fue 17, y cuando fue reevaluado por psiquiatría varias horas después, su puntuación era de 12. Psiquiatría recomienda la administración de Lorazepam intravenoso 1 mg cada 8 horas. Después de recibir la primera dosis, el paciente mostró una notable mejoría en su estado de alerta y pudo seguir instrucciones de uno o dos pasos (ejemplo: "Toma el lápiz y dibuja un círculo en la hoja de papel." En esta tarea, se le está pidiendo al individuo que realice dos acciones secuenciales: tomar un lápiz y luego usarlo para dibujar un círculo en una hoja de papel). Posteriormente, continuó con Lorazepam según lo programado, y dada la aparición repentina de síntomas psiquiátricos nuevos, sin una etiología conocida, el equipo de psiquiatría logró que fuera admitido en área médica. Las recomendaciones iniciales del equipo de psiquiatría (en el día de hospitalización 0) incluían una consulta con neurología y una punción lumbar (PL), debido a la preocupación por un proceso neuroinflamatorio como etiología subyacente. Estas intervenciones no se llevaron a cabo por parte del equipo de medicina, debido a la ausencia de fiebre o leucocitosis. El equipo de medicina atribuyó la psicosis y la catatonía a una afección psiquiátrica primaria y consideró que no se justificaba realizar más estudios, abogando en cambio por un traslado a psiquiatría.

En el día hospitalario 1, el equipo médico evaluó su estado mental y determinó que había vuelto a su nivel basal, preparándolo para darle de alta. "Si bien su catatonía había mejorado (Bush-Francis Puntuación de Catatonía de 2), continuó experimentando alucinaciones auditivas y visuales y tenía notable deterioro cognitivo, con latencia del habla e inatención. Negó que el cabo de año hubiera sido demasiado estresante. El equipo médico pidió a los especialistas en psiquiatría que decidieran cuál sería el siguiente paso en el tratamiento del paciente, (alta a domicilio o traslado a psiquiatría). Psiquiatría no pudo hacer un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica primaria dado el inicio agudo de los síntomas sin más evaluación médica y requirió que el equipo de medicina obtuviera primero una consulta de neurología y una punción lumbar (LP) antes de hacer una recomendación sobre el alta



o traslado. Finalmente fue valorado por Neurología (HD 1, día de hospitalización 1) y recomendó una punción lumbar (LP), la cual no se llevó a cabo inmediatamente, dado que el equipo de medicina continuó pensando que probablemente se trataba de un trastorno psiquiátrico primario. En el segundo día hospitalario (HD 2), persistían alucinaciones continuas y se observó un aumento en la latencia de respuesta en el examen de estado mental. Después de una discusión multidisciplinaria, la LP se realizó en HD 2. Esta mostró pleocitosis y proteínas elevadas, consistente con encefalitis relacionada con SARS-CoV-2. Dado su reciente infección conocida con SARS-CoV-2, se consideró que esta era la fuente más probable de su encefalitis, aunque las pruebas confirmatorias del líquido cefalorraquídeo generalmente no están disponibles para ratificar este diagnóstico. Las pruebas para otras fuentes de encefalitis fueron negativas. Finalmente, tras la insistencia por parte de psiquiatría y neurología, se inició un tratamiento de 3 días con metilprednisolona intravenosa en HD 3 con una mejora significativa en sus síntomas. Fue dado de alta en HD 7 sin evidencia de catatonia o psicosis. Completó con éxito una reducción gradual de Lorazepam para pacientes ambulatorios y cuando se le dio seguimiento con la psiquiatría ambulatoria, su psicosis y los síntomas cognitivos se habían resuelto. Posteriormente desarrolló clínica compatible con trastorno de estrés posttraumático en relación con lo acontecido. Sus síntomas mejoraron durante un período de aproximadamente 6 meses de tratamiento con sertralina y fue dado de alta de las consultas ambulatorias.

Comentario: Son muchos los elementos de aprendizaje de este caso. El primero de ellos es desarrollado por la Dra. Erica Baller y se refiere al proceso de evaluación y diagnóstico de la encefalitis causada por el virus SARS-CoV-2. Una de las enseñanzas es la sospecha del cuadro, como en el caso del paciente que tras dos semanas del diagnóstico de la afección respiratoria por SARS-CoV-2, presentaba una clínica compatible con alteraciones conductuales, cognitivas y síntomas neurológicos que nos deberá poner en alerta. La posibilidad de presentación con síntomas afectivos o cambios de conducta sin fiebre y la posible aparición más tardía de síntomas neurológicos son otras circunstancias que debemos conocer. Es primordial realizar una cuidadosa historia para detectar los cambios de humor, sueño, desorganización del pensamiento, o las alteraciones cognitivas, que muchas veces son advertidas por los familiares. Hay que recordar también que estos cuadros pueden aparecer en personas

asintomáticas previamente al cuadro clínico respiratorio o sin él. El artículo recomienda una evaluación a la cabecera de la cama con preguntas sobre orientación, concentración (días de la semana o meses del año en orden inverso), recuerdo de tres palabras al cabo de unos minutos (recordar el MEC de Lobo) y el dibujo del test del reloj. También recomienda una exploración básica de funciones frontales (La FAB), (en este caso la perseveración de las pruebas de Luria). La presencia de clínica de tintes catatónico y los reflejos primitivos frontales son otros elementos clave. La evaluación con la escala de Bush-Francis, en la que no hay un consenso claro del punto de corte para el diagnóstico (algunos autores hablan de 2 signos), la realización de EEG y RMN son pruebas que pueden también ayudar al diagnóstico. La punción Lumbar con elevación de proteínas y pleocitosis es también característico. En el caso del artículo la administración de Lorazepam para la catatonia y esteroides permitió una rápida alta del paciente. En relación con la clínica y el diagnóstico os voy a recomendar este artículo que me parece muy clarificador y un complemento interesante para el estudio de este caso.

[Consensus Clinical Guidance for Diagnosis and Management of Adult COVID-19 Encephalopathy Patients](#)

2. LA DRA. SAMANTHA ZWIBEL, SEÑALA LOS SESGOS COGNITIVOS QUE PUEDEN INFLUIR EN LAS DECISIONES MÉDICAS TOMADAS POR PROFESIONALES DE LA SALUD.

En medicina y en todas las áreas de toma de decisiones repetitivas, desarrollamos un reconocimiento de patrones avanzado como parte del pensamiento "rápido" o "sistema 1" y atajos cognitivos beneficiosos denominados heurísticos. El pensamiento rápido facilita el diagnóstico rápido y forma la base de nuestra maduración como médicos. Cuando los heurísticos salen mal y se vuelven inútiles, se denominan errores cognitivos o sesgos. El siguiente elemento de aprendizaje son los sesgos cognitivos, y aquí se aporta una magnífica tabla (tabla 2), donde se señalan los más frecuentes. El sesgo de cierre prematuro, el de anclaje y el de confirmación son los tres sesgos que motivaron el retraso diagnóstico.

La combinación de cierre prematuro y sesgo de anclaje probablemente retrasó la realización de la punción lumbar (LP). La decisión de no realizar la LP estuvo basada por la suposición de que el paciente tenía una condición psiquiátrica primaria (reforzada por el ancla irrelevante de un estresor reciente). Cuando los resultados del líquido cefalorraquídeo revelaron



una pleocitosis leve característica de la encefalitis por SARS-CoV-2, hubo una renuencia inicial a reconocer estos resultados porque no se ajustaban a los resultados esperados de un trastorno psiquiátrico primario. Tal búsqueda selectiva de un diagnóstico y el descarte de información no compatible definen el error cognitivo **del sesgo de confirmación**. Este implica la tendencia a buscar y considerar de forma más intensa y selectiva aquella información que confirme lo que ya pensamos. En otras palabras, interpretamos más positivamente aquellos hechos que básicamente respaldan nuestras opiniones previas.

El cierre prematuro es un sesgo cognitivo que ocurre cuando un médico o profesional de la salud llega a una conclusión diagnóstica, antes de haber considerado todas las posibles alternativas o antes de haber recopilado toda la información necesaria. Este sesgo puede llevar a un diagnóstico incorrecto porque el profesional deja de buscar signos, síntomas o pruebas que podrían apuntar a un diagnóstico diferente o más preciso.

Cuando algunos médicos no consideraron la posibilidad de psicosis debido a una condición médica, se presentó otro punto de decisión crucial en el caso. Fue la interpretación de la asistencia del paciente a un cabo de año, que hizo suponer que este estrés hubiera podido desencadenar los síntomas psiquiátricos. En retrospectiva, la llegada del paciente al hospital desde un cabo de año no contribuyó al caso. Este error cognitivo es un ejemplo de **sesgo de anclaje**

3. THE ROLE OF RACE (DR. ADRIENNE TAYLOR)

Este tercer apartado complementa el anterior de los sesgos, y nos debe hacer reflexionar sobre nuestros propios prejuicios, quizás no hacia una minoría que en España es menos frecuente, pero sí otras que en este país cada día son más habituales y que seguro no hace falta señalar para que todos las tengamos en la cabeza. Quizás también la de nuestros colegas hacia el enfermo mental en su atención fuera de nuestro ámbito clínico. **Os dejo algunas propuestas que nos pueden ayudar a enfrentar estos sesgos, elaboradas con ayuda de una aplicación de Inteligencia Artificial generativa (IA),**

1. **Reconocer y Combatir Sesgos Implícitos:** Entender que los sesgos raciales y culturales pueden influir en el diagnóstico y tratamiento, y trabajar activamente para reconocer y mitigar estos sesgos en la práctica clínica.
2. **Evitar el Diagnóstico Apresurado:** No dejarse llevar por las primeras impresiones o estereotipos. Tomarse el tiempo necesario

para realizar una evaluación completa y considerar todas las posibles explicaciones para los síntomas del paciente.

3. **Empatía y Comprensión Cultural:** Desarrollar una mayor empatía y comprensión de las diferencias culturales, y cómo pueden influir en la presentación clínica de los pacientes.
4. **Educación Continua:** Participar en capacitaciones sobre sesgos raciales implícitos y mantenerse actualizado sobre cómo el racismo y la discriminación pueden afectar la salud mental y el diagnóstico de psicosis. En la información adicional os dejo un curso patrocinado por médicos del mundo que puede ser de interés para iniciarse en este campo.
5. **Colaboración y Perspectiva Múltiple:** Consultar con colegas y considerar múltiples perspectivas para evitar errores de diagnóstico, especialmente en casos complejos o atípicos.
6. **Uso de Estrategias Cognitivas:** Aplicar estrategias como el reemplazo de estereotipos, la individuación y la adopción de perspectiva para reducir el riesgo de actuar según los sesgos implícitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Franklin JB, Leewiwatanakul B, Taylor AD, Baller EB, Zwiebel SJ. Consultation-Liaison Case Conference: Overcoming Bias in the Differential Diagnosis of Psychosis. Vol. 65, Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry. Elsevier B.V.; 2024. p. 195-203.
2. Conversación con Bing, 9/5/2024

INFORMACIÓN ADICIONAL (ENLACES)

1. **Escala de Catatonía de Bush y Francis**
Enlace a la página de la universidad de Rochester con amplia información para estudio y aprendizaje sobre la escala. Ya comentada en otro número de la revista.
2. **La FAB**
Enlace a la validación: Hurtado-Pomares M, Terol-Cantero MC, Sánchez-Pérez A, Leiva-Santana C, Peral-Gómez P, Valera-Gran D, Navarrete-Muñoz EM. [Measuring executive dysfunction in Parkinson's disease: Reliability and validity of the Spanish version of Frontal Assessment Battery \(FAB-E\) - PubMed \(nih.gov\)](#)
Enlace a la adaptación a población española: Hurtado-Pomares M, Valera-Gran D, Sánchez-Pérez A, Peral-Gómez P, Navarrete-Muñoz EM, Terol-Cantero MC. Adaptation of the Spanish version of the Frontal Assessment Battery for detection of executive dysfunction | Medicina Clínica (elsevier.es)
Vídeo explicativo de cómo se administra (en inglés). <https://www.youtube.com/watch?v=dJ0ubrhlack>
[Hoja impresa que usamos en nuestro hospital. Hoja FAB.](#)



3. El Test del reloj. <https://es.slideshare.net/perdomiz/test-reloj>.
4. Reflejos de Liberación Frontal (enlace a videos),
Reflejo de presión
Reflejo Glabellar
Reflejo de Hociqueo
Reflejo Palmomentoniano
Reflejo de succión
5. Temblor: Exploración y diagnóstico de los diferentes tipos de temblores. [Involuntary Movements: Types, Causes, and Examples, Stanford 25 | Stanford Medicine 25 | Stanford Medicine](#)
6. Guías de consenso encefalitis Covid-19. Acceso al artículo que explica el diagnóstico y tratamiento de pacientes con encefalopatía por el COVID-19
[Consensus Clinical Guidance for Diagnosis and Management of Adult COVID-19 Encephalopathy Patients](#)
Michael, B.D., Walton, D., Westenberg, E., García-Azorín, D., Singh, B., Tamborska, A.A., Netravathi, M., Chomba, M., Wood, G.K., Easton, A., Siddiqi, O.K., Jackson, T.A., Pollak, T.A., Nicholson, T.R., Nair, S., Breen, G., Prasad, K., Thakur, K.T., Chou, S.H.-Y., Schmutzhard, E., Frontera, J.A., Helbok, R., Padovani, A., Mennon, D.K., Solomon, T., Winkler, A.S., 2023. Consensus Clinical Guidance for Diagnosis and Management of Adult COVID-19 Encephalopathy Patients. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 35, 12–27. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.22010002>
7. Examen cognitivo a la cabecera de la cama. Documento de exploración cognitiva a la cabecera de la cama.
8. Conductas racistas y Xenofobas. https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/formacion_y_sensibilizacion_sobre_como_identificar_conductas_racistas_y_xenofobas_en_el_ambito_sociosanitario_compressed.pdf.

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

MedEdPORTAL® | The Journal of Teaching and Learning Resources

MedEdPORTAL es una revista indexada en MEDLINE y de acceso abierto de recursos de enseñanza y aprendizaje en profesiones de la salud, publicada por la Asociación de Colegios Médicos Estadounidenses (AAMC). Las publicaciones de MedEdPORTAL son módulos de enseñanza o aprendizaje independientes y completos que han sido implementados y evaluados con médicos en formación o profesionales. Cada envío es repasado por el personal editorial y revisores externos.

El portal permite bajar numerosa información sobre aspectos muy diversos de la Psiquiatría y específicamente hay más de 50 artículos relacionados con la Psiquiatría de enlace. El material se dirige tanto a residentes como a estudiantes de pregrado, proporcionando la información necesaria para el desarrollo de seminarios (tanto para los alumnos como para el profesor). A modo de ejemplo os dejo el enlace al material sobre un workshop sobre ingresos involuntarios.

[Communicating a Plan for Involuntary Psychiatric Admission: A Standardized Patient Workshop Intervention for General Psychiatry Residents](#)

El enlace siguiente, es la página de inicio del portal donde podréis acceder al material médico y utilizando el buscador conseguiréis delimitar vuestra búsqueda a la Psiquiatría o específicamente a la Psiquiatría de enlace.

<https://www.mededportal.org/action/doSearch?AllFields=PSYCHIATry&startPage=2&pageSize=20>.